

健康診査証明書

氏 名		性別	男 ・ 女	生年月日	M・T・S 年 月 日
住 所					
既 往 歴					
現 疾 患					
胸部レントゲン					
尿 定 性 検 査	蛋白 () 潜血 () 糖 ()				
心 電 図					
血 圧 測 定	BP / P				
伝 染 性 疾 患	結 核				
	B型肝炎	HBs抗原 (+ ・ -) HBs抗体 (+ ・ -) [検査データ添付]			
	C型肝炎	HCV抗体 (+ ・ -) [検査データ添付]			
	梅 毒	TPHA (+ ・ -) [検査データ添付]			
一般血液検査 (必要項目)	赤血球・白血球・HGB・HCT・PLT・TP・ALB・BS・HbA1c・中性脂肪・AST・ALT γ-GT・総コレステロール・LDL-C・HDL-C・BUN・クレアチニン [検査データ添付]				
身 長 ・ 体 重	身長(cm) ・ 体重(kg)				
聴 力 ・ 視 力	聴力() ・ 視力()				
認知症・精神の 症状					
医 師 の 意 見	＊現在の内服情報 他 				
上記の通り相違ないことを証明する。 <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end; padding-top: 20px;"> <div> 年 月 日 住所 診査医師 氏名 印 </div> </div>					